

MODALITES PRATIQUES AUTOUR DES REGLES DE LA PERFUSION

Patricia GUILLON

Infirmière coordinatrice

CRTH – CHU de CAEN

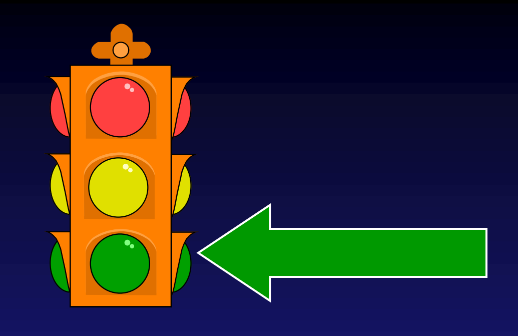


HEMOPHILIE/MALADIE DE WILLEBRAND

- Maladies rares
- Suivies dans un centre de traitement de l'hémophilie
- ETP proposée aux patients



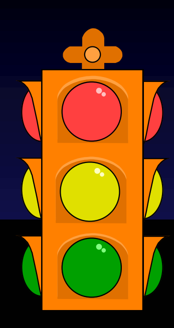
ETP : FEU VERT



- Le patient ou sa famille vous informe de sa pathologie
- Le patient a sa carte d'hémophilie/Willebrand
- Le patient a son carnet de santé des personnes atteintes d'hémophilie et de troubles de la coagulation



ETP FEU VERT



Carnet de santé

des personnes atteintes d'hémophilie et de troubles de la coagulation



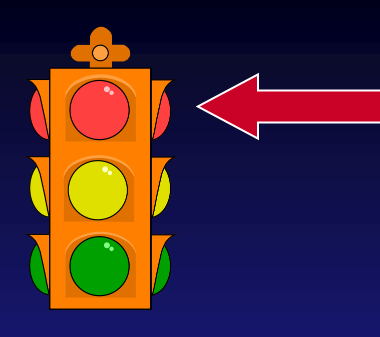
ASSOCIATION FRANÇAISE DES HÉMOPHILES







ETP : FEU ROUGE



- Le patient ou sa famille nomme la maladie mais ….
  - Contacter le CRTH de 8h à 16h :
    - 02-31-06-48-49
  - Après 16H, week - end et jours fériés
    - 02-31-06-31-06, poste 6650



PRIORITE : L'INJECTION

- Prescription des facteurs de coagulation sur la bordereau de dispensation et d'administration des médicaments dérivés du plasma
- ATTENTION ! Une ordonnance pour 24h de traitement et par produit



BORDEREAU (CHU de Caen)

BORDEREAU DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS DERIVES DU PLASMA
Pharmacie C.H.U. de Caen - Tél. : 68 05
N° 76514

Attention ! une ordonnance pour 24 h de traitement et par produit

Etiquette Patient (à coller sur chaque feuillet) **ATTENTION** sans étiquette la demande ne sera pas traitée	Date d'utilisation prévisible Tampon dateur du service N° poste service Service	PHARMA N° dispensation

MÉDICAMENTS HORS T2A

- ❑ ACLOTINE 500 UI (ATIII)
- ❑ ACLOTINE 1000 UI (ATIII)
- ❑ ALFALASTIN 1 g
- ❑ BERINERT 500 UI (inh. C1 estérase)
- ❑ CLOTTAFACT 1,5 g (Fibrinogène)ou HAEMOCOMPLETAN 1 g
- ❑ HEMOLEVEN 1000 UI
- ❑ IVHEBEX 5000 UI
- ❑ IMMUNOGLOBULINES POLYVALENTES (g)
- ❑ KASKADIL/KANOKAD/OCTAPLEX
- ❑ KASKADIL/OCTAPLEX 500 UI (PPSB 20 ml)
- ❑ NORMOSANG 25 mg
- ❑ PROTEINE C 500 UI

FACTEURS VIII :

- ❑ ADVATE (500 UI - 1000 UI - 1500 UI - 2000 UI - 3000 UI)
- ❑ FACTANE (250 UI - 500 UI - 1000 UI)
- ❑ HELIXATE NEXGEN/KOGENATE BAYER (250 UI - 500 UI - 1000 UI - 2000 UI - 3000 UI)
- ❑ REFACTO AF (250 UI - 500 UI - 1000 UI - 2000 UI)

FACTEURS IX :

- ❑ BETAFACT (500 UI - 1000 UI)
- ❑ BENEFIX (500 UI - 1000 UI - 2000 UI)
- ❑ MONONINE (1000 UI)

AUTRES FACTEURS :

- ❑ FEIBA (500 UI - 1000 UI)
- ❑ NOVOSEVEN (1 mg - 2 mg - 5 mg)
- ❑ WILFACTIN (FACTEUR WILLEBRAND (1000 UI)
- ❑ WILSTART (FACT.VIII + WILLEBRAND)

INDICATION THÉRAPEUTIQUE obligatoire pour médicaments HORS T2A,
si absence la demande ne sera pas traitée

- ❑ ALBUMINE 4 % ou 5 % 250 ml
- ❑ ALBUMINE 4 % ou 5 % 500 ml
- ❑ ALBUMINE 20 % 10 ml
- ❑ ALBUMINE 20 % 100 ml
- ❑ COLLE TISSULAIRE 2 ml
- ❑ COLLE TISSULAIRE 5 ml
- ❑ GAMMA TETANOS 250 UI
- ❑ IMMUNOGLOBULINES ANTIHBS 100 UI
- ❑ IMMUNOGLOBULINES ANTIHBS 500 UI
- ❑ RHOPHYLAC 200 µg
- ❑ TACHOSIL : 9,5 cm X 4,8 cm
- ❑ TACHOSIL : 4,8 cm X 4,8 cm

Prescription :
Quantité prescrite : ....
(en toutes lettres)
Date de prescription : / /20 . .
Médecin prescripteur : .... **Signature :**

Dispensation : (cadre réservé à la pharmacie)
date : / / 20 . . heure : h
Quantité dispensée : .... par :

EN CAS DE NON UTILISATION :
le médicament accompagné du bordereau vert doit être retourné à la pharmacie

ETIQUETTE(S) DE DISPENSATION



BORDEREAU (CHU de Caen)

diapo 7.

CHUCaen
Pôle Biologie et Pharmacie

Utilisation du bordereau de prescription, dispensation et d'administration des Médicaments Dérivés du Plasma

Feuillet 1 → **Feuillet 2** → **Feuillet 3**

Feuillet 1

Dans service : coller étiquette patient et étiquette service avec séjour en cours pour remboursement de l'établissement et traçabilité

BORDEREAU DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS DERIVES DU PLASMA

INDICATION THERAPEUTIQUE

EN CAS DE NON UTILISATION :

Prescripteur : cocher le produit souhaité

Prescripteur : inscription de : la posologie, la date de prescription, son nom, sa signature.

Prescripteur : produit hors "T2A", renseigner **obligatoirement** la case indication thérapeutique pour que l'établissement puisse être remboursé.

La pharmacie remplit le cadre dispensation pour satisfaire aux contraintes de sécurité sanitaire associant **un** lot de produit avec **un** patient.

Feuillet 2

NOM du patient + N° dispensation (critères complétés par la pharmacie)

Vérifier adéquation **N° dispensation** inscrit sur **boite** et sur **bon** par la pharmacie

BORDEREAU DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS DERIVES DU PLASMA

INDICATION THERAPEUTIQUE

A l'administration des produits :
L'infirmière, la SF ou le médecin note:
- la date,
- l'heure d'administration,
- son nom
- sa qualité
- appose l'étiquette figurant sur le produit ou inscrit le numéro de lot et la date de péremption permettant d'associer le numéro de lot dispensé par la pharmacie **au seul patient** qui bénéficie de la prescription.

Le feuillet vert : à retourner à la pharmacie, dans un délai de 7 jours pour permettre de renseigner informatiquement l'administration du produit.

Feuillet 3

BORDEREAU DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS DERIVES DU PLASMA

INDICATION THERAPEUTIQUE

En cas de non utilisation du Médicament :
le médicament accompagné du bordereau vert doit être retourné à la pharmacie

Le feuillet jaune : à ranger dans le dossier médical du patient pour suivi de la traçabilité
>> Archivage complet du dossier pendant 40 ans pour sécurité sanitaire donneur-receveur

en cas de question relative à la gestion des Médicaments Dérivés du Plasma, appeler au 6805



LA BONNE PRESCRIPTION

- Prescription en unités internationales
- Pas de risque de surdosage. Ne jamais jeter le produit
- Préciser :
  - Le volume de l'injection
  - Le temps de l'injection
- Ne jamais mettre les facteurs dans une perfusion
- Ne pas mélanger avec d'autres médicaments :
  - 1 flacon de solvant pour un flacon de lyophilisat
  - Injection intra-veineuse lente
  - Si erreur lors de la reconstitution : EPP



HEMOPHILIE A

- Concentrés plasmatiques
  - Factane (LFB)
  - Haemate P (*ATU nominative*, CSL Behring)
  - Octanate (Octapharma)
- Concentrés recombinants
  - Advate (CHO)
  - Hélixate NexGen/Kogénate Bayer(BHK)
  - Réfacto (CHO)



HEMOPHILIE A
Facteurs recombinants

Produit	Présentation	Volume	Vitesse d'administration
Advate	250 UI-500 UI 1000 UI – 1500 UI 2000 UI – 3000 UI	2 ml 5ml	10 ml/mn
Kogénate Bayer Hélixate NexGen	250 UI-500 UI 1000 UI - 2000 UI -3000 UI	2,5 ml 5 ml	2ml/mn
Refacto	250 UI-500 UI 1000 UI – 2000 UI	4 ml	2 ml/mn



HEMOPHILIE A
Facteurs plasmatiques

Produit	Présentation	Volume	Vitesse d'administration
Factane	250 UI 500 UI 1000 UI	2,5 ml 5 ml 10 ml	4 ml/mn
Octanate	250 UI 500 UI 1000 UI	5 ml 10 ml	2-3 ml/mn
Haemate P	250 UI 500 UI 1000 UI	5 ml 10 ml	4 ml/mn



HEMOPHILIE B
Facteur recombinant

Produit	Présentation	Volume	Vitesse d'administration
Bénéfix	250 UI 500 UI 1000 UI 2000 UI	5 ml	4 ml/mn



HEMOPHILIE B
Facteurs plasmatiques

Produit	Présentation	Volume	Vitesse d'administration
Betafact	250 UI	5 ml	
	500 UI	10 ml	4 ml/mn
	1000 UI	10 ml	
Octafix	500 UI	5 ml	2-3 ml/mn
	1000 UI	10 ml	
Mononine	250 UI	2,5 ml	2 ml/mn
	500 UI	5 ml	
	1000 UI	10 ml	



AUTRES FACTEURS

Hémophilie + inhibiteurs

Produit	Présentation	Volume	Vitesse d'administration
Feiba	500 UI 1000 UI	20 ml	2 UI/kg/mn
Novoseven	1 mg 2mg 5mg	2 ml 2 ml 5 ml	2 ml/mn



AUTRES FACTEURS

Maladie de Willebrand

Produit	Présentation	Volume	Vitesse d'administration
Wilfactin	1000 UI	10 ml	2 ml/mn
Wilstart	2 flacons F. WLD : 1000 UI FVIII : 500 UI	10 ml 5 ml	2 ml/mn 4 ml/mn



BONNES PRATIQUES

- Suivre le mode d'emploi
- Utiliser le kit adapté au produit
- Administration le plus rapidement possible après reconstitution sauf….
- En chirurgie perfusion continue possible
- Assurer la traçabilité



LA TRACABILITE

- 1 étiquette à coller sur bordereau de la pharmacie
- 1 étiquette dossier du patient
- 1 étiquette dans le carnet de suivi du patient



LE CARNET DE SANTE

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

(Le numéro d'anonymat doit être indiqué uniquement sur la photocopie faite dans votre CTH)

Numéro d'anonymat

1 PAGE

Date et heure du traitement de substitution	Motif et siège	Étiquettes des produits utilisés
Exemple 04.01.10 15h	Motif 1 gauche ☒ droite ☐ Date et heure du saignement : le 04 / 01 / 10 à 12 h 15 genou début d'hémarthrose	*Utilisez une ligne par perfusion. Collez l'étiquette de chaque flacon injecté.*
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	
	Motif ☐ gauche ☐ droite ☐ Date et heure du saignement : le __ / __ / __ à __ h __	

Code motif
1. Saignement spontané
2. Saignement traumatique
3. Perfusion supplémentaire pour un même saignement
4. Chirurgie
5. Prévention des saignements
6. Tolérance immune
7. Autres (contrôle de récupération…)

Traitements décrits sur la page (à remplir par le clinicien du CTH)

Nombre de journées de perfusions de facteurs VIII ou IX

Nombre d'unités de facteur VIII ou IX



L'INJECTION DU FACTEUR DE COAGULATION

- Traitement : prévention des conséquences fonctionnelles et graves
- Gain humain
- Gain financier
- Qualité de vie des patients

MERCI